

インフルエンザ予防接種 問診票

任意接種用

※接種希望の方は太ワク内にご記入ください。

		診察前の体温	度	分	
住 所			電 話		
受ける人の氏名		男	生 年	年	月
保護者の氏名		女	月 日	日	生
			満	歳	ヶ月

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明書は読みましたか。	は い	いいえ	
今日の予防接種は何回目ですか。	今年初めて	2回目	
【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 ある場合具体的に書いてください。()	あ る	な い	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	は い	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名 ()	は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	は い	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか。病名 ()	は い	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	は い	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名 ()	あ る	な い	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、その他の 病気)にかかり医師に診察を受けていますか。病名 ()	は い	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてよいといわれましたか。	は い	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。() 歳頃	は い	いいえ	
そのときに熱がでましたか。	は い	いいえ	
薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪く なったことがありますか。	は い	いいえ	
【ご婦人の方に】現在妊娠しておられますか。	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	は い	いいえ	

医師の記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 医師のサイン 川口

予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか。(はい・見合わせます) 保護者(成人の方は本人もしくは代理人)のサイン

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所 けやき医院
Lot No.	m l	医師名 川口
		接種年月日 令和 年 月 日